FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE N° 230

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Annick ALPEROVITCH née GUILLEVIC

le 1er mai 1941 à Marseille (Bouches-du-Rhône)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ETUDE SYSTEMATIQUE DE LA POPULATION

D'UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE PARISIEN.

Président : M. PEQUIGNOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967 # THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Annick ALPEROVITCH née GUILLEVIC

le 1er mai 1941 à Marseille (Bouches-du-Rhône)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ETUDE SYSTEMATIQUE DE LA POPULATION D'UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE PARISIEN.

Président : M. PEQUIGNOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544305_0028

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie.	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale. . . .	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie.	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie. . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie . . . . . MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)
Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A tous les miens.

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT.

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin des Hôpitaux.

Que nous remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Maurice PESTEL.

Médecin des Hôpitaux

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma gratitude et de mes remerciements respectueux pour les conseils qu'il m'a donnés et la grande bienveillance qu'il m'a témoignée.

A Monsieur le Professeur François GREMY.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris.

Stages : Monsieur le Professeur Jean PATEL.

Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS.

Monsieur le Professeur BOUDIN.

Monsieur le Professeur LELONG.

Monsieur le Professeur SOULIE.

Monsieur le Professeur GRASSE.

Externat : Monsieur le Professeur L. LEGER.

Monsieur le Doyen G. BROUET.

Monsieur le Docteur SCHWOB.

Monsieur le Docteur M. PESTEL.

Monsieur le Professeur Agrégé VIALATTE.

I N T R O D U C T I O N

A l'heure où le plan de rénovation de la médecine hospitalière s'oriente vers la réalisation de grands ensembles, l'expérience d'un petit service ouvert depuis un an à la médecine interne, peut apparaître négligeable et présomptueuse, l'ambition d'y trouver un enseignement valable pour les formations hospitalières à naître.

Pourtant les conditions rigoureuses de cette observation, le caractère très libéral des entrées : le service étant ouvert à tous les malades ne dépendant pas d'une discipline déjà spécialisée, ce qui constitue la définition pratique du malade de médecine générale, la confrontation avec la population ambiante de la circonscription desservie, le caractère varié de celle-ci, l'apparentant aux moyennes observées dans les autres quartiers, donnent à ce travail le caractère d'une monographie exploitable.

Le Pavillon Marcel BRULE, ouvert en 1965 sur le terrain de l'hôpital de Vaugirard qui ne comportait alors qu'un service de clinique chirurgicale, est un bâtiment rectangulaire composé d'une consultation et de trois unités d'hospitalisation de 30 lits chacune, répartis en chambre de 4 lits et en chambres particulières.

Aucun service spécialisé ne lui est annexé.

L'étude de la population ayant fréquenté ce service, s'étend sur un délai de un an, du 1er Mai 1965 au 1er Mai 1966.

Nous avons pour son étude adopté le plan suivant :

1 - Dans un premier chapître, nous avons voulu nous assurer que la population du quartier Saint-Lambert, circonscription affectée à l'hôpital de Vaugirard, pouvait être considérée comme assez représentative de l'ensemble de la population parisienne.

2 - Nous nous sommes ensuite consacrés au rescensement des malades admis dans le service de médecine générale de l'hôpital de Vaugirard entre le ler Mai 1965 et le ler Mai 1966. Nous nous sommes particulièrement intéressés :

a - à l'aspect de la distribution de cet échantillon selon le sexe et l'âge des sujets,

b - à l'étude des différents diagnostics ayant justifié l'admission,

c - plus brièvement à la durée moyenne de séjour et à la mortalité observée.

3 - Nous avons enfin essayé de réunir quelques informations sur le recrutement actuel des services de médecine générale d'autres établissements et sur la place offerte à la médecine générale dans l'hôpital de demain.

C H A P I T R E I

LE QUARTIER SAINT-LAMBERT : QUARTIER PARISIEN MOYEN

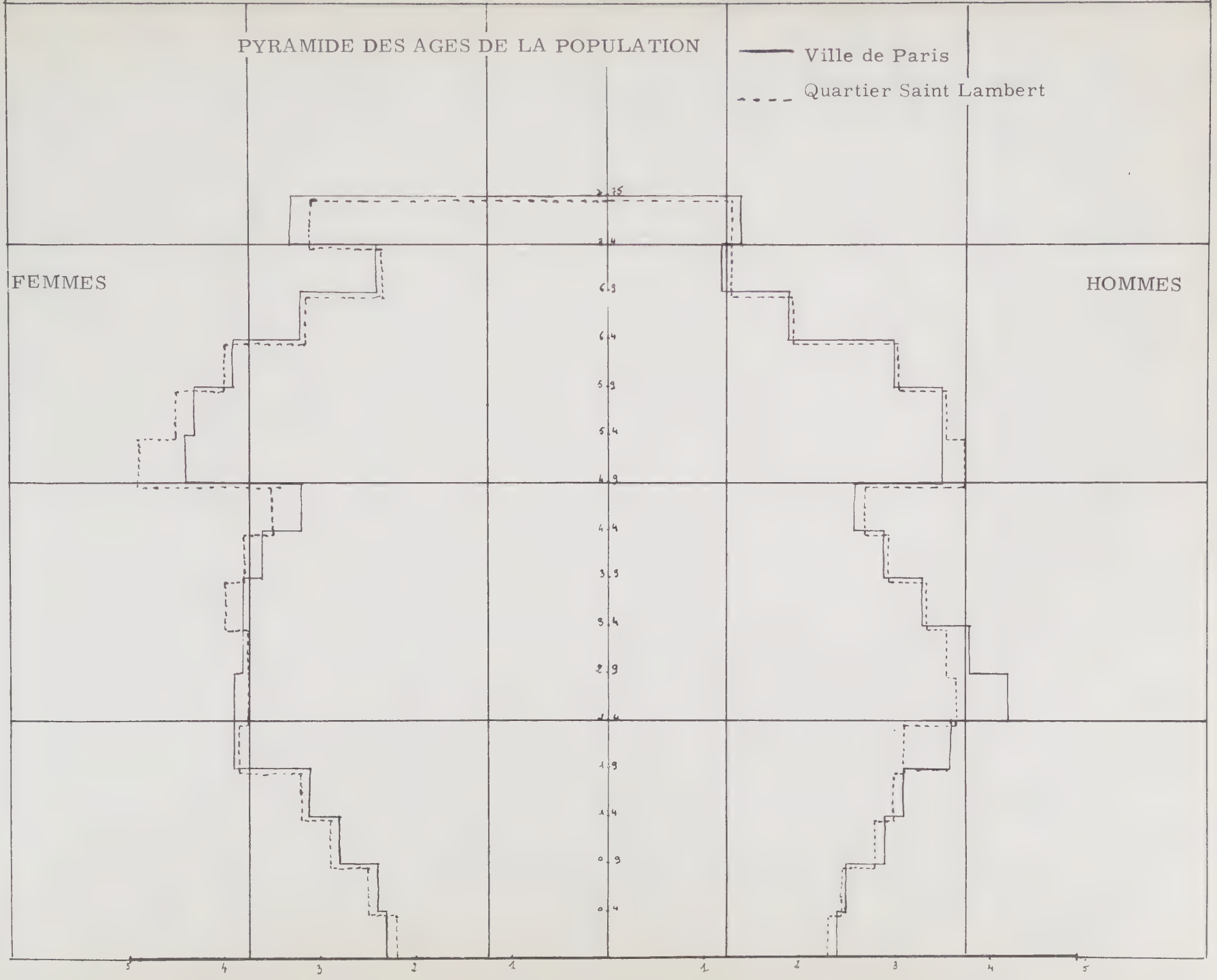
On sait la relation étroite entre les caractères généraux définissant un groupe humain : démographie, aspect socio-professionnel, niveau de la vie et la morbidité et la consommation médicale de ce même groupe.

Avant d'entreprendre l'étude de la fréquentation hospitalière des habitants du quartier Saint-Lambert, il est donc important de situer cette population par rapport à l'ensemble de la ville de Paris.

Nous nous sommes attachés à la comparaison :

- de la répartition par sexe et âge,
- des catégories socio-professionnelles,
- de l'habitat selon trois critères : année d'achèvement, indice du peuplement, installations sanitaires.

Années de naissance	Age au 1.I.1963	Ville de Paris				Saint-Lambert			
		Sexe masculin	%	Sexe Feminin	%	Sexe masculin	%	Sexe Feminin	%
1958-1962	00-04	66444	2,4	63278	2,3	2113	2,3	2045	2,2
1953-1957	05-09	70991	2,5	67997	2,4	2350	2,5	2294	2,5
1948-1952	10-14	81445	2,9	77883	2,8	2602	2,8	2671	2,9
1943-1947	15-19	86170	3,1	87126	3,1	2823	3,0	3010	3,2
1938-1942	20-24	99447	3,6	108084	3,9	2900	3,1	3581	3,9
1933-1937	25-29	117043	4,2	108692	3,9	3368	3,6	3575	3,8
1928-1932	30-34	105718	3,8	105303	3,8	3248	3,5	3567	3,8
1923-1927	35-39	93440	3,3	105176	3,8	3039	3,3	3716	4,0
1918-1922	40-44	81555	2,9	100286	3,6	2677	2,9	3530	3,8
1913-1917	45-49	72066	2,6	89478	3,2	2500	2,7	3250	3,5
1908-1912	50-54	99289	3,5	123144	4,4	3476	3,7	4518	4,9
1903-1907	55-59	97492	3,5	120636	4,3	3283	3,5	4154	4,5
1898-1902	60-64	83775	3,0	108901	3,9	2796	3,0	3761	4,0
1893-1897	65-69	52813	1,9	89709	3,2	1759	1,9	2984	3,2
1888-1892	70-74	34828	1,2	68457	2,4	1088	1,2	2226	2,4
1887 et avant	75 et plus	38373	1,4	93527	3,3	1114	1,2	2888	3,1
TOTAL		1.281.124	45,8	1.517.627	54,2	41136	44,3	51770	55,7
1962-1943	00-19	305050	10,9	296234	10,6	9888	10,6	10020	10,8
1942-1898	20-64	850120	30,4	969700	34,6	27287	29,4	33652	36,2
1897 et avant	65 et plus	126014	4,5	251693	9,0	3951	4,3	8098	8,7


PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION
Ville de Paris
Quartier Saint Lambert
FEMMES
HOMMES
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
05
5
4
3
2
1
1
2
3
4
5

Catégorie socio-professionnelle	Ville de Paris				Saint-Lambert			
	Sexe Masculin	%	Sexe Féminin	%	Sexe Masculin	%	Sexe Féminin	%
Agriculteurs exploitants	488	0,1	253	0,0	13	0,0	8	0,0
Salariés agricoles	725	0,1	161	0,0	48	0,2	4	0,0
Patrons du commerce et de l'industrie	88 907	10,9	56 399	8,2	2205	8,4	1628	6,9
Professions libérales et cadres supérieurs	116 035	14,3	28 193	4,1	4712	17,9	1218	5,1
Cadres moyens	113 505	13,9	81 675	11,9	4961	18,9	3909	16,5
Employés	118 394	14,5	229 382	33,5	3685	14,0	9244	39,1
Ouvriers	300 792	36,9	125 674	18,4	8297	31,6	3624	15,3
Personnels de service	41 112	5,0	149 733	21,9	1139	4,3	3416	14,4
Autres catégories	34 223	4,2	13 095	1,9	1194	4,5	609	2,6

Nationalité	Ville de Paris	Saint-Lambert
Français de naissance	88,1	92,8
Devenus Français	3,9	3,0
Étrangers	6,4	3,8
Musulmans Algériens	1,6	0,4

	Catégorie de logement	Nombre de pièces					
		1	2	3	4	5	6 et plus
Paris	Nombre	407067	403817	220534	82503	38311	39505
	%	34,2	33,9	18,5	6,9	3,2	3,3
	Population	659469	875410	599399	266200	142257	186948
	%	24,2	32,1	22,0	9,8	5,2	6,8
St Lambert	Nombre	12687	14607	8400	3326	930	350
	%	31,8	36,1	20,8	8,2	2,3	0,9
	Population	20533	31325	22764	11370	3903	1640
	%	22,4	34,2	24,9	12,4	4,3	1,8

	Catégorie de logement	Année de construction											Total de 1871 à 1968	Total depuis 1948
		Avant 1871	1871 1914	1915 1939	1940 1948	1949 1951	1952 1953	1954 1957	1958 1962	En cours de construction	Après 1968 année ND			
Paris	Nombre	329453	582218	208753	8175	2180	3233	13558	29332	1208	7627		1128599	63138
	%	27,6	48,9	17,5	0,7	0,2	0,3	1,6	2,5	0,1	0,6		94,7	5,3
	Population	710539	1.314.776	489114	19689	6558	9734	62574	90991	3291	22417		2534118	195565
	%	26,0	48,2	17,9	0,7	0,2	0,4	2,3	3,3	0,1	0,8		92,8	7,2
St Lambert	Nombre	1851	17988	15420	503	34	163	1524	2260	1	736		35762	4718
	%	4,6	44,4	38,1	1,2	0,1	0,4	3,8	5,6	0,0	1,8		88,3	11,7
	Population	4055	39116	32509	1374	87	409	4997	6564	4	2420		77054	14481
	%	4,4	42,7	35,5	1,5	0,1	0,4	5,5	7,2	0,0	2,6		84,2	15,8

	Catégorie de logement	INSTALLATIONS SANITAIRES						
		Baignoire ou douche	Lavabo avec eau courante		Ni baignoire, Ni douche, Ni lavabo avec eau courante			
			chaude	froide	eau courante dans le log.	eau courante dans l'imm.	poste d'eau hors maison	alimentation de l'imm. N.D.
St-Lambert	Nombre	17524	1152	3438	10950	683	127	91
	%	48,3	3,2	9,5	30,2	1,9	0,4	0,3
	Population	46063	25,2	7237	23272	1187	2 89	190
	%	54,0	2,9	8,5	27,3	1,4	0,3	0,2
Paris	Nombre	369390	57382	95274	400974	106215	21308	6143
	%	30,8	4,8	8,0	33,6	8,9	1,8	0,5
	Population	1043677	111666	194053	881506	167937	38146	13276
	%	38,2	4,1	7,1	32,3	6,2	1,4	0,5

EN RESUME :

a - La pyramide des âges de la population du quartier Saint-Lambert est presque exactement superposable à celle de la Ville de Paris ; la différence la plus nette concerne le groupe des femmes de 50 à 54 ans : leur proportion atteint 4,4 pour cent dans la ville de Paris et 4,9 pour cent pour le quartier Saint-Lambert.

b - Sur le plan des catégories socio-professionnelles, le quartier Saint-Lambert s'écarte des moyennes de la ville de Paris au bénéfice des cadres moyens dans les deux sexes et des employés pour le sexe féminin seulement.

Par contre, la proportion des ouvriers est inférieure de 5 pour cent à celle observée pour l'ensemble de la ville de Paris.

c - Enfin, pour l'habitat, si les indices de peuplement sont comparables, les statistiques révèlent le caractère neuf de ce quartier : 15,8 pour cent des logements ont été construits depuis 1948 (7,2 pour cent seulement de la ville de Paris). La population du quartier Saint-Lambert bénéficie ainsi d'un meilleur équipement sanitaire.

C H A P I T R E II

ETUDE DE LA POPULATION HOSPITALIERE

A - PRINCIPAUX ASPECTS DE LA REPARTITION DES MALADES PAR CLASSES D'AGE.

L'hôpital de Vaugirard, nous l'avons vu, est situé dans un quartier qui, tout en possédant quelques traits particuliers, s'approche des moyennes de Paris dans ses aspects fondamentaux : composition de la population par âge, sexe, profession, standing de vie, etc ...

1.260 malades ont été hospitalisés dans le service de médecine générale de cet établissement entre le 1er Mai 1965 et le 1er Mai 1966. C'est d'abord à la pyramide des âges de cette population que nous nous sommes intéressés. Ces 1.260 sujets se répartissent selon leur sexe en deux lots strictement égaux : 630 hommes et 630 femmes. Cette égalité ne résulte pas de la répartition des lits du service car les chambres qui le composent n'ont pas de sexe affecté. En fait, compte tenu de la distribution démographique par âge, elle montre une surhospitalisation masculine importante.

Tous les individus de cet échantillon ont été distribués en 13 classes d'âge. L'intervalle de classe choisi est 5 ans. La première classe réunit tous les sujets de 15 à 19 ans ; la dernière ceux dont l'âge est supérieur ou égal à 75 ans. L'âge minimum - observé plusieurs fois - est de 15 ans. A l'autre extrêmité de l'échelle des âges, nous avons rescensé quatre centenaires ; leur doyenne est née en 1861.

Les différents résultats obtenus ont été groupés dans un tableau qui indique la répartition des malades selon leur âge et leur sexe. A chaque classe correspond ainsi un effectif ou fréquence absolue et d'autre part un pourcentage ou fréquence relative. Ces résultats peuvent être traduits selon deux méthodes graphiques différentes :

- L'histogramme (1) représente la pyramide des âges des sujets hospitalisés ; sur l'axe des abscisses on a porté la fréquence relative ; sur l'axe des ordonnées on peut lire les âges.
- Le graphique (2) est obtenu en considérant les fréquences relatives cumulées (la fréquence relative cumulée est la somme, pour une classe donnée, des fréquences relatives de toutes les classes antérieures jusqu'à la classe considérée comprise). L'avantage de ce procédé est de permettre une lecture rapide. Veut-on savoir combien de malades sont âgés de plus de 70 ans ? On lit immédiatement la réponse : 43 pour 100 femmes et 23 pour 100 des hommes (colonnes hachurées).

Nous pouvons ainsi définir les principaux aspects de la distribution des malades selon leur âge et leur sexe.

- Dans l'ensemble, la population féminine est très sensiblement plus âgée que la population masculine. En effet, 62 pour 100 des femmes ont plus de 60 ans, alors que 46 pour 100 des hommes seulement atteignent cet âge. 31 pour 100 des femmes, 16 pour cent à peine des hommes ont plus de 75 ans.

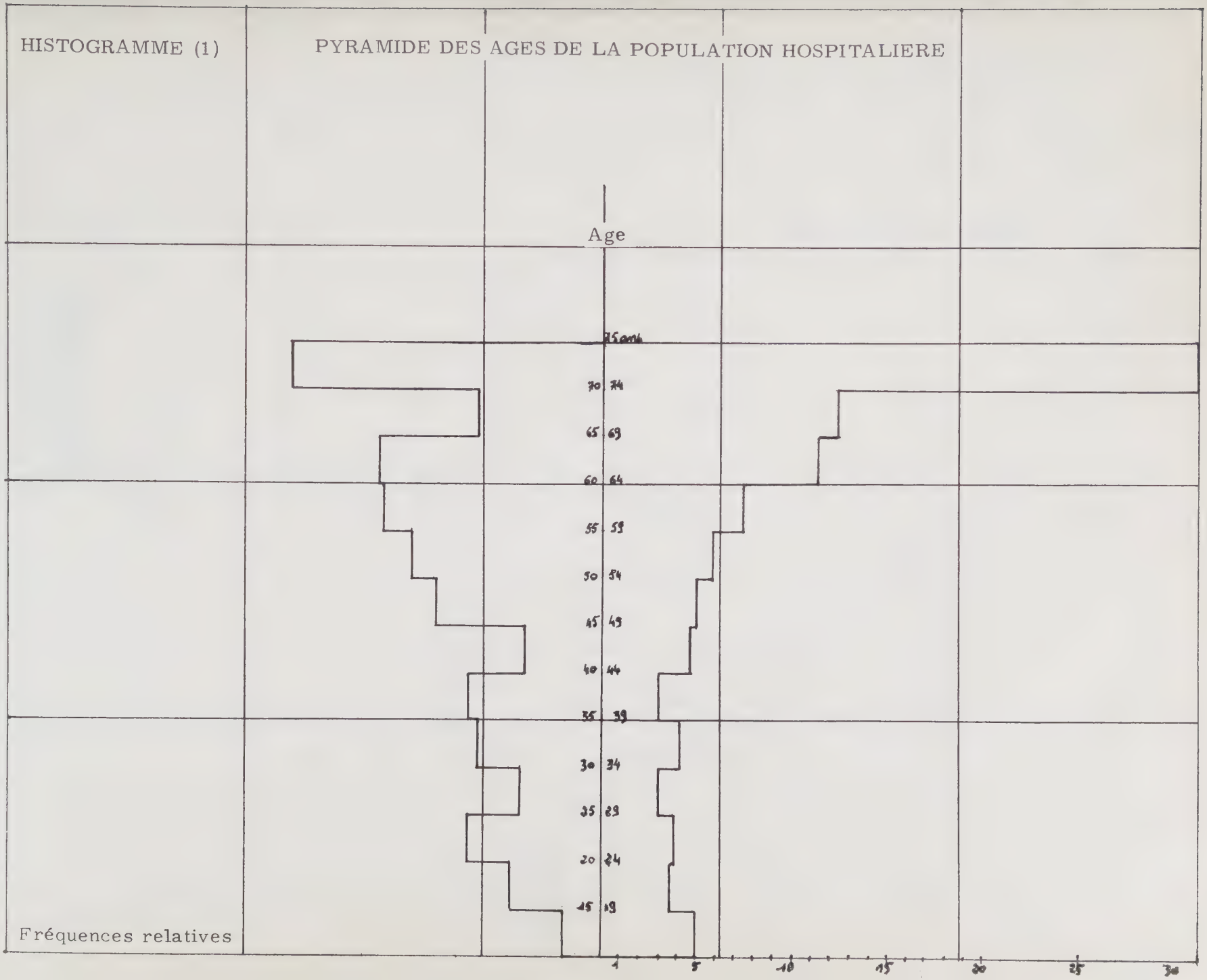
- La fréquence relative d'hospitalisation croît avec l'âge. Cette observation ne peut nous étonner. Mais il est par contre intéressant d'examiner les différences entre les modes de variation de cette fréquence selon le sexe. Si l'on considère la population masculine, la fréquence d'hospitalisation croît de façon continue, progressivement avec l'âge. Il n'en est pas de même dans le groupe des femmes ; l'augmentation de fréquence observée entre la première classe (15-19 ans) et la

CLASSES D'AGE	HOMMES		FEMMES	
	FREQUENCE ABSOLUE	FREQUENCE RELATIVE	FREQUENCE ABSOLUE	FREQUENCE RELATIVE
15-19 ans	13	0,021	31	0,049
20-24 ans	30	0,048	23	0,036
25-29 ans	44	0,069	24	0,038
30-34 ans	27	0,043	18	0,028
35-39 ans	42	0,067	26	0,041
40-44 ans	44	0,069	18	0,028
45-49 ans	25	0,039	29	0,046
50-54 ans	55	0,087	31	0,049
55-59 ans	62	0,098	37	0,059
60-64 ans	72	0,114	47	0,075
65-69 ans	73	0,116	72	0,114
70-74 ans	41	0,065	78	0,124
⩾ 75 ans	102	0,162	196	0,311

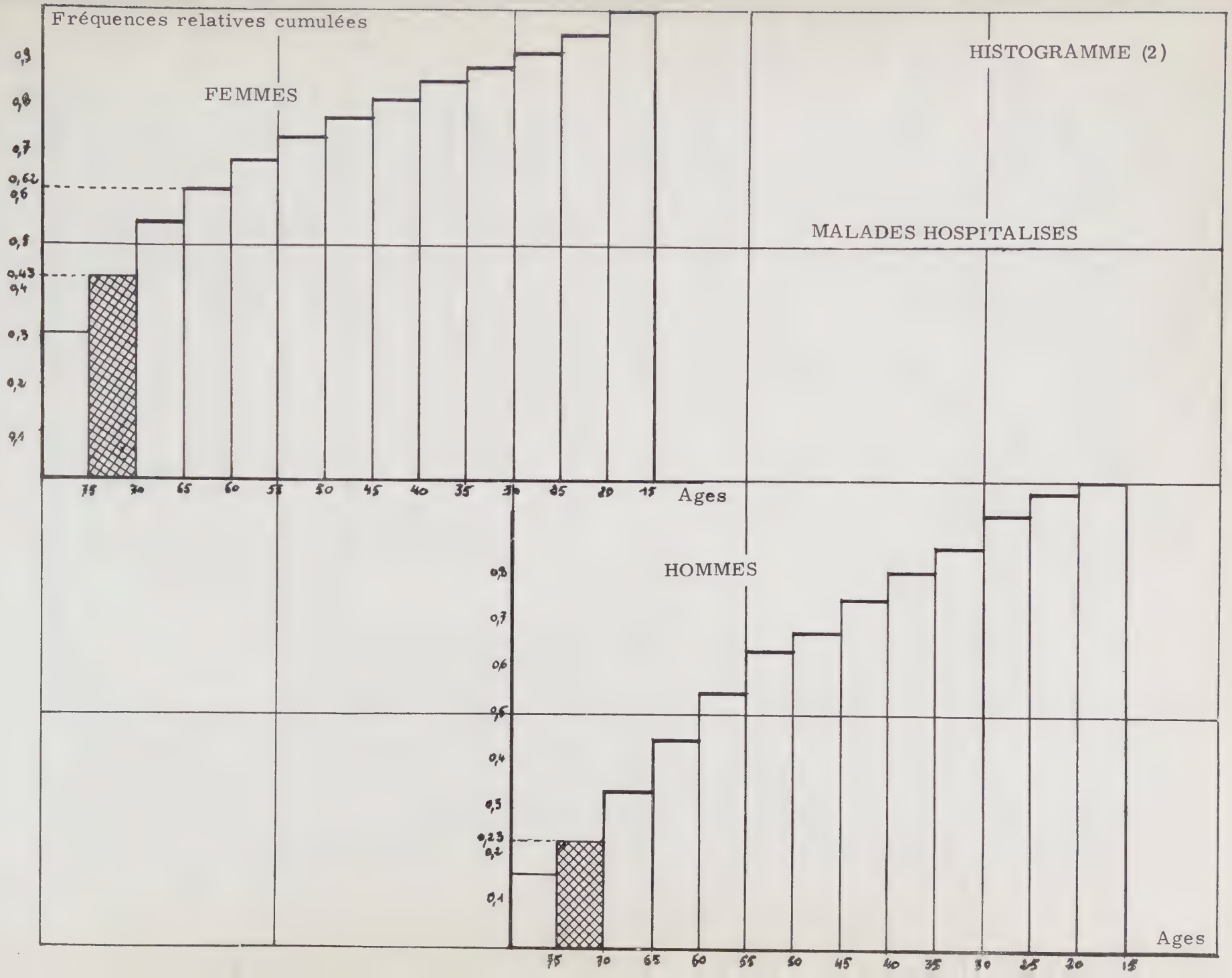
Répartition par classes d'âge et par sexe des sujets hospitalisés.

HISTOGRAMME (1)

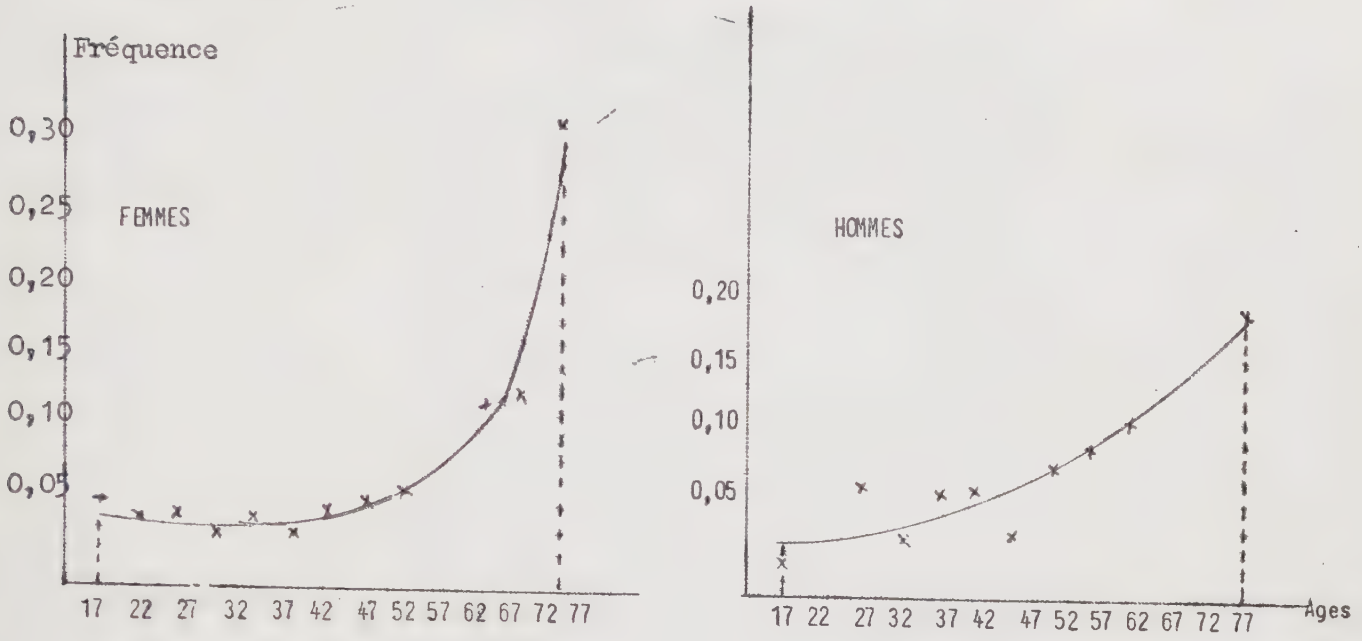
PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION HOSPITALIERE



Fréquences relatives


Fréquences relatives cumulées
HISTOGRAMME (2)
FEMMES
MALADES HOSPITALISES
0,9
0,8
0,7
0,62
0,6
0,5
0,43
0,4
0,3
0,2
0,1
75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15
Ages
HOMMES
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,23
0,2
0,1
75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15
Ages

neuvième (55-59 ans) n'est pas significative ; puis on osberve une variation brutale avec ascension rapide de la fréquence relative d'hospitalisation dans les dernières classes. Ces différents résultats apparaissent clairement sur des courbes graphiques (3).



En étudiant l'évolution de la fréquence d'hospitalisation dans la population masculine, on observe une chute brutale de cette fréquence pour la classe 70-74 ans ; ceci correspond à un point aberrant sur la courbe. Avant d'entreprendre une enquête approfondie tendant à mettre en évidence un biais dans le mode de recrutement des malades, il faut éliminer les explications simples permettant de comprendre cette anomalie. Cet exemple précis témoigne de l'intérêt que l'on a à ne pas considérer la population hospitalière comme une entité isolée et à la comparer à l'ensemble de la population dont elle est originaire.

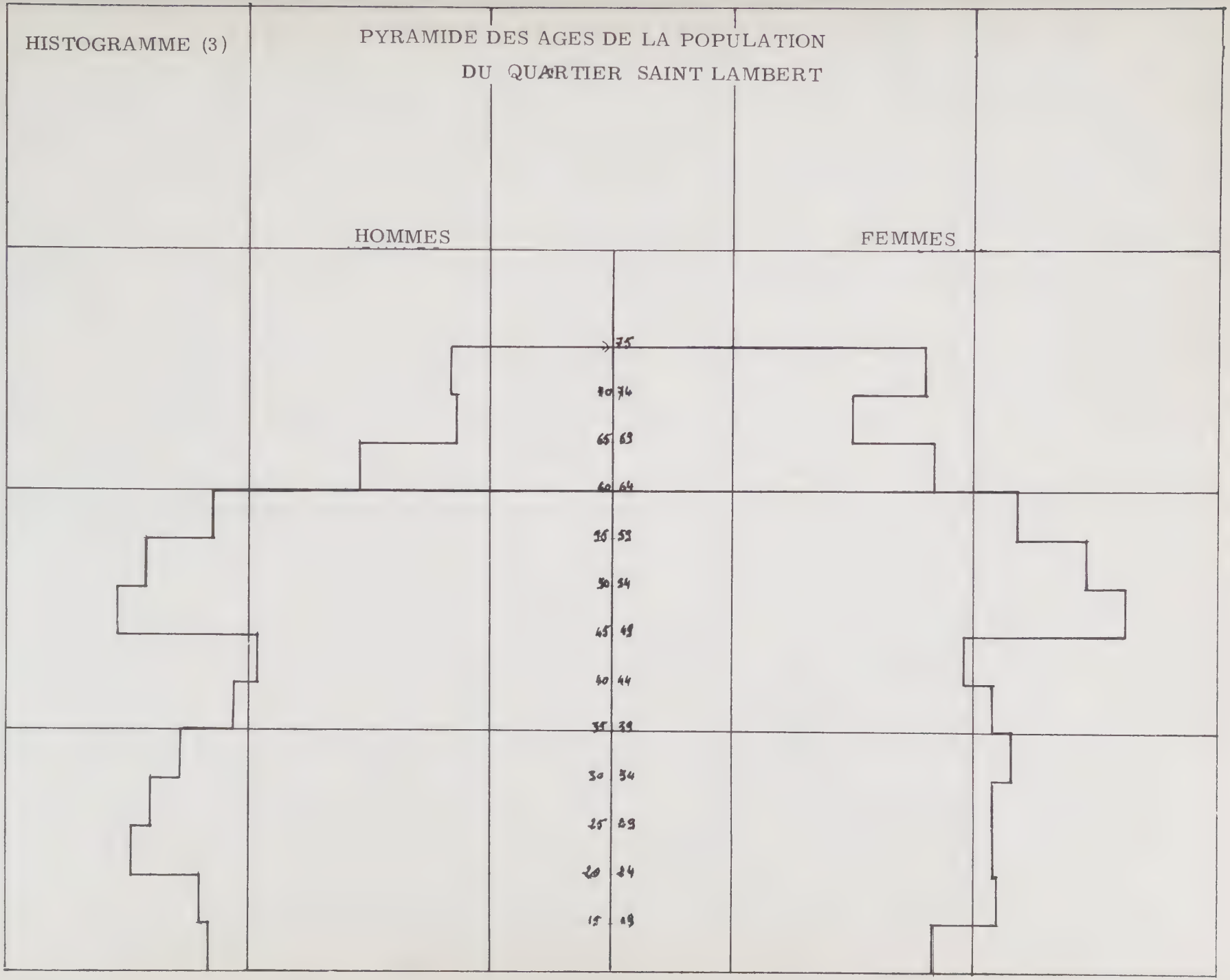
Nous avons effectué un rapide sondage en prélevant au hasard, parmi nos 1.260 dossiers, 100 sujets dont nous avons vérifié le domicile. Nous pensons pouvoir étendre les résultats obtenus sur cet échantillon et considérer tous les malades comme étant recrutés parmi la population du quartier Saint-Lambert : ceci avec une erreur relativement faible (6 pour 100).

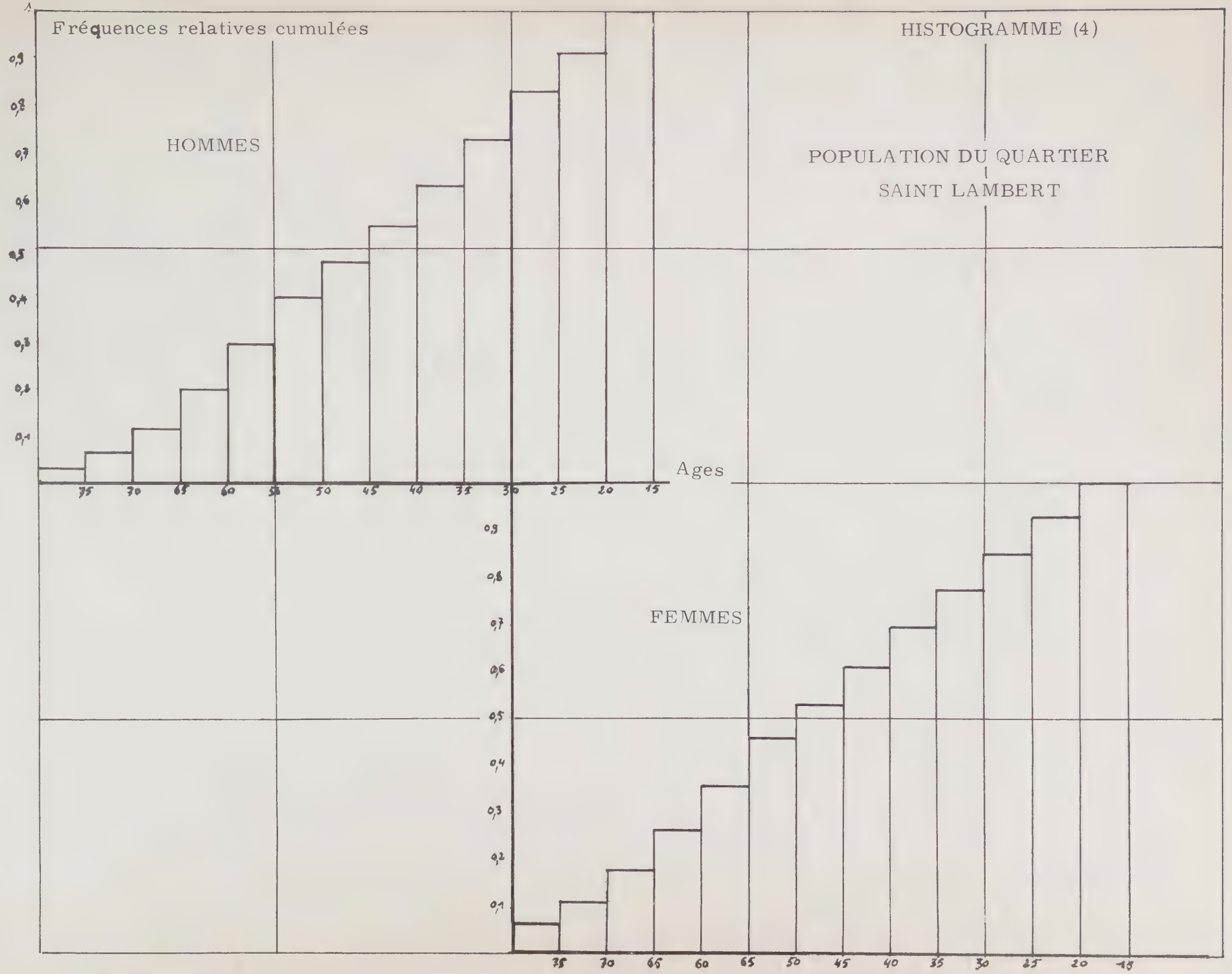
CLASSES D'AGE	HOMMES		FEMMES	
	EFFECTIFS	FREQUENCE RELATIVE	EFFECTIFS	FREQUENCE RELATIVE
15-19 ans	2823	0,083	3010	0,067
20-24 ans	2900	0,085	3581	0,080
25-29 ans	3368	0,099	3575	0,079
30-34 ans	3248	0,095	3567	0,079
35-39 ans	3039	0,089	3716	0,083
40-44 ans	2677	0,078	3530	0,079
45-49 ans	2500	0,073	3250	0,073
50-54 ans	3476	0,100	4518	0,100
55-59 ans	3283	0,096	4154	0,093
60-64 ans	2796	0,082	3761	0,084
65-69 ans	1759	0,052	2984	0,067
70-74 ans	1088	0,032	2226	0,049
≥ 75 ans	1114	0,033	2888	0,065
	34071		44760	

Repartition par classes d'âge et par sexe de la population du quartier Saint-Lambert.

HISTOGRAMME (3)

PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION DU QUARTIER SAINT LAMBERT




Fréquences relatives cumulées
HISTOGRAMME (4)
HOMMES
POPULATION DU QUARTIER
SAINT LAMBERT
Ages
FEMMES
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15
75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15

CLASSES D'AGE	HOMMES	FEMMES
15-19 ans	4,6	10,3
20-24 ans	10,3	6,4
25-29 ans	13,1	6,7
30-34 ans	8,3	5,0
35-39 ans	13,8	6,9
40-44 ans	16,4	5,1
45-49 ans	10,0	8,9
50-54 ans	15,8	6,9
55-59 ans	18,9	8,9
60-64 ans	25,7	12,5
65-69 ans	41,5	24,1
70-74 ans	37,7	35,0
⩾ 75 ans	91,6	67,9

Nombre de sujets hospitalisés en un an pour 1000 habitants

La population du quartier Saint-Lambert, selon le rescensement de 1962, compte 44.760 femmes et 34.071 hommes âgés de plus de 15 ans : soit une proportion de femmes atteignant près de 55,5 pour cent. Quelle que soit la classe considérée, le nombre des femmes est toujours supérieur à celui des hommes. Les effectifs les plus importants correspondant, dans les deux sexes, aux classes 50-54 ans et 55-59 ans.

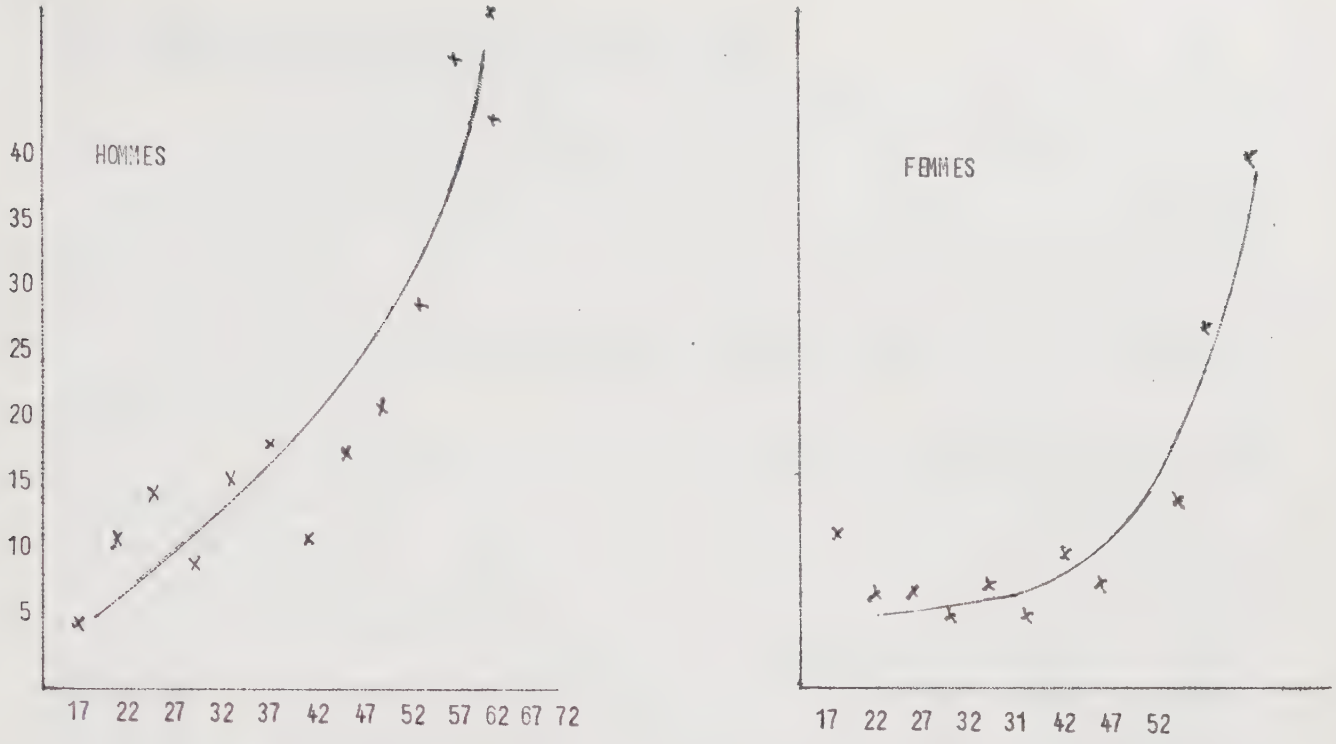
La population féminine est plus âgée. 18,1 pour 100 des sujets féminins, mais seulement 11,7 pour 100 des hommes, ont plus de 65 ans ; 6,5 pour 100 des femmes, 3,3 pour 100 des hommes ont plus de 75 ans.

A partir de ces chiffres, nous avons calculé pour 1.000 individus, dans chacune des classes d'âge, le nombre de malades admis en un an dans le service de médecine générale de hôpital de Vaugirard.

Ces renseignements n'ont qu'une valeur grossièrement indicative, inférieure au taux réel d'hospitalisation.

- Nous observons par cette méthode une surhospitalisation masculine, significative pour toutes les classes, sauf la première, 15-19 ans, où il existe au contraire une prévalence féminine. Une étude limitée à la seule population hospitalière ne nous permettait pas de soupçonner ce résultat.
- Par contre, les conclusions sont identiques en ce qui concerne les aspects différents selon le sexe de la variation de la fréquence d'hospitalisation en fonction de l'âge.

Les courbes ci-dessous sont fort voisines des tracés graphiques obtenus précédemment.



Quelles hypothèses pouvons-nous formuler afin d'expliquer cette surhospitalisation masculine en médecine générale entre 20-50 ans ? A l'origine de ce phénomène, deux explications nous semblent pouvoir être retenues :

1 - Les affections gynécologiques chirurgicales ou médicales, les avortements et leurs complications constituent l'essentiel de la pathologie de la femme jeune.

Lorsque l'on étudie les admissions dans l'ensemble des services hospitaliers parisiens, quelle que soit leur spécialité (maternités non comprises), il apparaît au contraire une nette surhospitalisation féminine entre 20 et 40 ans.

2 - Il existe dans l'agglomération parisienne une importante population de travailleurs étrangers. Ils paient un lourd tribut à la morbidité générale en raison de leurs conditions matérielles de vie misérable. Ces mêmes conditions, associées souvent à une difficile compréhension de la langue française et de nos règlements médicaux, rendent souvent impossible le traivement à domicile d'affections banales. L'influence de ce dernier facteur sur nos résultats est négligeable.

B - DISTRIBUTION SELON LE DIAGNOSTIC.

Il est possible que l'orientation de la médecine se fasse vers une spécialisation de plus en plus étroite. De nombreux auteurs observant cette évolution, craignent la disparition inéluctable des services des services de médecine générale, les imaginant dans un proche avenir voués aux chroniques et aux vieillards attendant des semaines durant leur placement dans un hospice.

Nous pensons qu'une étude de la totalité des cas observés pendant un an dans un service de médecine générale, bien que de portée limitée, peut fournir une image assez exacte du recrutement actuel.

L'hôpital de Vaugirard ne possède aucun service spécialisé ; il faut d'abord considérer ce facteur avant d'entreprendre l'inventaire de la pathologie qu'on peut y rencontrer. En effet, dans d'autres établissements, où plusieurs branches de la médecine sont représentées dans des unités de soins séparées, le malade est orienté d'emblée selon ses troubles, vers tel ou tel service. La médecine générale, parent pauvre, reçoit de nombreux malades refoulés par les services spécialisés, souvent les plus âgés et les moins curables. Ainsi, au cours de notre travail, nous n'aurions pas eu l'occasion d'étudier le dossier de tel malade admis pour infarctus du myocarde s'il existait dans l'hôpital de Vaugirard un service de cardiologie ; et telle recto-colite hémorragique aurait été accueillie avec satisfaction par des gastro-entérologues. Nous pouvons donc prévoir que la gamme des diagnostics relevés sera plus étendue que dans beaucoup d'autres services de médecine générale.

Ainsi, nous avons examiné les dossiers des 1.260 malades admis au cours d'une année dans le service de médecine générale de l'hôpital de Vaugirard. Nous les avons classés en tenant compte uniquement des troubles ayant motivé l'admission, ignorant les autres manifestations pathologiques qui ont pu être décelées au cours du séjour hospitalier. Ce cas est

cependant fort fréquent ; rare est le malade de 70 ans, hospitalisé pour une broncho-pneumopathie aigue, qui ne présente pas en outre le cortège des troubles de la sénescence.

Mais notre recherche d'un diagnostic d'hospitalisation précis est restée cependant stérile dans un certain nombre de cas.

66 sujets (dont 67 pour cent étaient des femmes), tous âgés de plus de 70 ans et dont 4 avaient plus de 100 ans, ne présentaient aucune pathologie aigue, mais un ensemble d'altérations mineures de toutes les fonctions physiques et intellectuelles propres à la sénélité.

Pour 40 sujets, dont seulement 6 femmes, le séjour hospitalier n'a pas excédé 48 heures. Arrivés à l'hôpital dans la voiture de Police Secours, ils présentaient une ivresse alcoolique caractérisée avec des troubles de la conscience, les rendant dangereux pour eux-mêmes et leur entourage. Avec quelques heures de sommeil, ils pouvaient quitter l'hôpital. Au crédit de ce bref séjour hospitalier, la découverte dans quelques cas d'une hypoglycémie alcoolique, d'une comitialité et beaucoup trop rarement un entretien de ces malades avec un médecin psychologue, première pierre d'une rééducation que l'on doit tenter.

Enfin, 28 individus ont été admis sous un prétexte qu'un interrogatoire minutieux montrait en fait correspondre à des impératifs sociaux : sans domicile, sans travail, sans argent, ils venaient à l'hôpital chercher refuge et aide.

Ainsi 134 sujets, soit 10,6 pour 100 de la totalité des dossiers, posaient un problème beaucoup plus d'ordre social que médical ; proportion élevée, que l'on ne peut négliger.

Ces hommes et ces femmes ont besoin de structures d'accueil adaptées à leur cas et qui débordent la cadre strictement hospitalier ; maisons de retraire, organisation d'aide ménagère ou de nursing, dispensaires d'hygiène mentale, etc...

En dehors des cas que nous venons d'examiner, observe-t-on dans les services de médecind générale un échantillon assez complet des différentes pathologies, ou au contraire seules 3 ou 4 branches privilégiées sont-elles représentées ? Comment se distribuent les malades entre les diverses affections ? Existe-t-il des différences nettes selon le sexe ? Ces problèmes nous ont particulièrement intéressés.

1 - Pour 184 malades, une affection cardiaque ou vasculaire est à l'origine de l'hospitalisation en médecine générale. Le sexe féminin est le plus souvent atteint : 111 cas (soit 17,6 pour 100 de l'ensemble des femmes) pour 73 hommes (soit 11,6 pour 100 de la totalité des dossiers masculins). On retrouve 58 fois le diagnostic d'insuffisance cardiaque ; mais aussi ceux d'insuffisance coronarienne (38 cas) et de troubles du rythme (25 cas) sont notés avec une certaine fréquence.

Le diagnostic d'infarctus du myocarde n'a souvent été porté qu'après une longue discussion critique des signes cliniques et des investigations complémentaires. Les premiers étant souvent déroutants ; simple malaise sur la voie publique, douleur atypique ; les secondes d'interprétation malaisée.

MALADIES CARCIO-VASCULAIRES	HOMMES	FEMMES
Hypertension artérielle	7	9
Insuffisance cardiaque décompensée	21	37
Troubles du rythme	7	18
Cardiopathies valvulaires	6	8
Insuffisance coronarienne	17	21
Artérite	8	3
Pathologie veineuse	7	15

2 - Nous devons malheureusement constater que l'un des chapîtres les plus importants de notre inventaire pathologique est la conséquence de l'alcoolisme. 145 malades, dont 32 femmes, présentaient diverses manifestations d'une intoxication éthylique : cirrhose du foie, polynévrite, troubles psychiques chroniques, délirium tremens. Ils représentent 11,5 pour 100 de l'ensemble des sujets admis en un an dans le service de médecine générale de l'hôpital de Vaugirard et 17,9 pour 100 des dossiers masculins. En outre, nous ne mentionnons pas ici les 40 sujets admis pour ivresse aigue et qui ne présentaient encore aucune des manifestations cliniques de l'imprégnation alcoolique, ni ceux dont l'observation indique un terrain éthylique compliquant la maladie pour laquelle ils ont été admis. Si l'on tient compte de tous ces cas, il faut admettre que plus de 30 pour 100 des hommes hospitalisés étaient alcooliques. Si l'on relève les âges de ces sujets, on constate une proportion regrettable élevée d'adultes jeunes : plus de 36 pour 100 d'entre eux n'atteignent pas 45 ans.

17 malades sont décédés au cours de leur séjour dans le service dans un tableau de coma hépatique ou d'hémorragies digestives diffuses.

AGES	EFFECTIFS
20-24 ans	2
25-29 ans	8
30-34 ans	6
35-39 ans	14
40-44 ans	11
45-49 ans	9
50-54 ans	17
55-59 ans	16
60-64 ans	16
65-69 ans	7
70 ans	8

3 - 138 des malades hospitalisés étaient porteurs d'affections broncho-pulmonaires. La fréquence de ce diagnostic est plus grande chez les hommes - 12,5 pour 100 de l'ensemble des hospitalisations masculines - que chez les femmes - 9,4 pour 100.

PNEUMOLOGIE	HOMMES	FEMMES
Broncho-pneumopathies aigues	35	26
Insuffisance respiratoire chronique	13	9
Tuberculose pulmonaire	15	7
Asthme	11	8
Embolies pulmonaires	2	7
Divers : (Pneumothorax, OAP (Hemophysie d'origine X	3	2

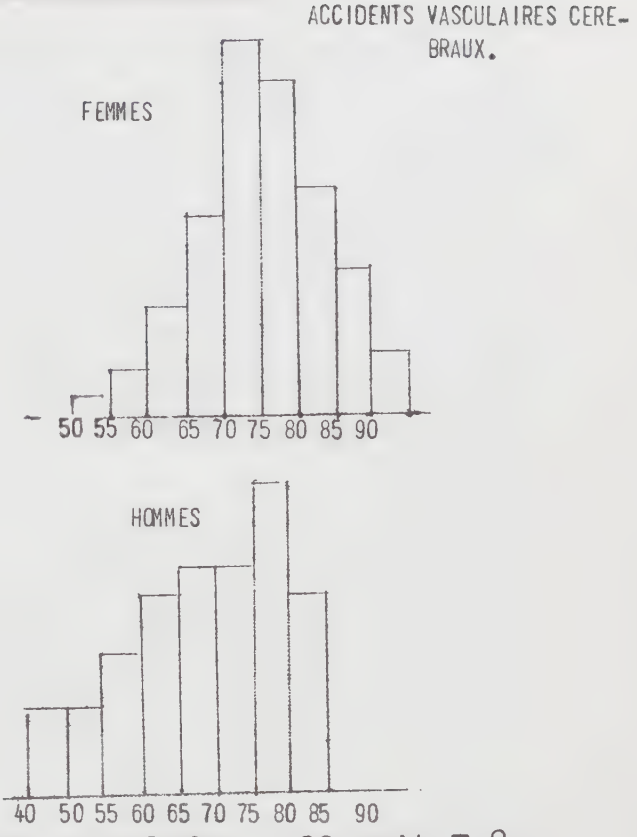
L'examen clinique et radiologique de ces sujets concourait le plus souvent à faire porter le diagnostic de broncho-pneumopathie aigue (61 cas). D'autre part, 22 malades étaient des insuffisants respiratoires chroniques ; 22 étaient porteurs de lésions tuberculeuses pulmonaires évolutives, 19 ont été admis pour un état asthmatique. Les cas de tuberculose pulmonaire qu'il nous a été permis d'observer ne correspondent pas au type de malades le plus souvent rencontrés dans les services de pneumo-phtysiologie : adulte jeune, souvent transplanté, contexte clinique classique permettant au médecin traitant ou au médecin du travail d'évoquer le diagnostic et réclamer l'hospitalisation dans un service spécialisé. Il s'agissait ici le plus souvent de vieillards qui présentaient une broncho-pneumopathie d'évolution trainante depuis plusieurs semaines, résistant aux thérapeutiques antibiotiques habituelles : l'image radiologique était rarement évocatrice ; le diagnostic bactériologique pouvait parfois être une découverte lors du bilan systématique d'admission.

4 - 133 malades ont été admis pour des accidents vasculaires cérébraux. Ils représentent 10,6 pour 100 de la totalité des dossiers. L'importance de cette pathologie semble identique dans les deux sexes ; on trouve en effet 68 femmes et 65 hommes. L'âge moyen des femmes, 74,8 ans, est sensiblement supérieur à celui calculé dans le groupe des hommes qui est de 67,6 ans.

38 des sujets hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral sont décédés dans le service. Scit au décours d'un coma sans reprise de connaissance, soit lors d'une nouvelle attaque hémiplégique après régression du premier épisode.

Accidents vasculaires cérébraux

CLASSES D'AGE	HOMMES	FEMMES
40-49 ans	4	0
50-54 ans	4	1
55-59 ans	6	2
60-64 ans	9	5
65-69 ans	10	9
70-74 ans	10	17
75-79 ans	13	15
80-84 ans	9	10
85-89 ans	0	6
90 ans	0	3



5 - Le cas d'un assez grand nombre de malades - 99 soit 7,8 pour 100 de tous les dossiers examinés - nécessitait l'avis d'un médecin psychiatre.

Dans ce groupe, nous parlerons d'abord de 57 sujets hospitalisés pour tentative d'autolyse ; la fréquence de ces tentatives semble plus grande chez les femmes puisque nous en avons retrouvé 40 cas. Il s'agissait le plus souvent d'intoxications ayant entraîné des désordres organiques mineurs : inhalation d'oxyde de carbone, absorption de substances médicamenteuses variées. Nous n'avons déploré qu'un seul décès ; aucun sujet n'a dû être dirigé vers un centre de réanimation spécialisé. Nous nous trouvons en présence d'un échantillon d'effectif trop faible pour établir une courbe de répartition des sujets selon leur âge. Tout au plus, pouvons-nous remarquer une majorité de femmes jeunes, de moins de 35 ans ; par contre, les tentatives d'autolyse dans le groupe des hommes semblent être le fait de sujets plus âgés.

Nous avons d'autre part réuni les dossiers de 42 patients, dont 29 femmes, réclamant leur hospitalisation pour des troubles divers : asthénie, douleurs de localisation variable, malaises avec perturbation de la conscience. Mais sous ce masque se dissimulait un véritable terrain psychiatrique relevant de thérapeutiques spécifiques. Le diagnostic était parfois évoqué dès l'examen d'admission. Nous n'avons pas classé dans cette rubrique les vieillards présentant un état prédémentiel, car dans ce cas les troubles psychiques entraient rarement dans le cadre des motifs d'admission.

D'autre part 51 malades appartenaient au domaine de la neurologie. Au tout premier plan de ce chapître nous trouvons 28 cas de crise comitiale, mais aussi 9 maladies de Parkinson, 3 scléroses en plaques, 1 sclérose latérale amyotrophique, 4 tumeurs cérébrales, 6 cas de méningite dont 2 étaient d'origine tuberculeuse.

NEURO-PSYCHIATRIE	HOMMES	FEMMES
Accidents vasculaires cérébraux	65	68
Tentatives d'autolyse	17	40
Etat psychotique ou névrotique	13	29
Epilepsie	17	11
Maladie de Parkinson	7	3
Tableaux neurologiques (SEP (SLA (Tumeurs (Méningites	3	10

6 - 86 malades (41 hommes, 45 femmes) ont été admis dans le service car ils étaient porteurs de néo-formations malignes. Nous avons réuni dans ce chapître tous les cas de processus évolutifs malins quelles que soient leur locali-

sations car l'importance relative de cette pathologie apparaît ainsi de façon plus nette. Elle représente 6,8 pour 100 de l'ensemble des hospitalisations. Nous avons observé avec presque la même fréquence les deux phases extrêmes de la maladie : temps diagnostique et phase terminale avec lésions métastatiques multiples. Dans près de la moitié des cas il s'agissait chez la femme de tumeur du sein ; chez les hommes, les localisations primitives prostatiques et gastriques sont les plus fréquentes.

7 - 81 patients relevaient de la gastro-entérologie. Ils constituent un recueil assez complet de toutes les affections pouvant atteindre la sphère digestive.

GASTRO-ENTEROLOGIE	HOMMES	FEMMES
Ulcères gastro-duodénaux	12	5
Hernie hiatale	2	7
Lithiase biliaire	2	7
Hépatite pirale	5	3
Troubles du transit (sans lésion tumorale)	16	10
Divers : Hémorragies d'origine X , Pancréatite, recto-colite hémorragique	9	3

8 - 38 malades présentaient des troubles qui n'ont reçu aucune explication étiologique satisfaisante. Tantôt le sujet décrivait des phénomènes purement subjectifs : asthénie, douleurs abdominales atypiques, céphalées ; plus rarement il s'agissait de signes objectifs très simplement vérifiables : état fébrile au long cours par exemple. Tous ces malades ont bénéficié d'un examen clinique minutieux, d'une série d'investigations biologiques et radiologiques très

complète, d'une consultation psychiatrique quant à certains d'entre eux. Tout ceci en quête d'un diagnostic qui n'a pu être établi avec certitude. Après une hospitalisation souvent de longue durée, on a dû se résoudre à autoriser ces malades à quitter le service, en les priant de se soumettre à des examens ultérieurs réguliers. Nous disposons d'un recul insuffisant pour juger l'évolution de ces troubles.

9 - Enfin, nous avons réuni dans un dernier paragraphe 171 malades, soit un peu plus de 13,5 pour 100 de la totalité des dossiers examinés relevant de disciplines pathologiques variées. Ainsi, le médecin généraliste doit-il être compétent en de multiples domaines : dermatologie, rhumatologie, endocrinologie, maladies métaboliques et nutritionnelles, maladies infectieuses et toxi-infections. Le nombre de nos observations est trop faible pour qu'il soit intéressant d'isoler avec précision les divers tableaux cliniques observés dans le cadre de chacun de ces chapîtres. Nous désirons cependant attirer l'attention sur leur extrême variété. Ainsi, sous la rubrique "maladies infectieuses et toxi-infections", se trouvent classés les syndromes grippaux, mais aussi les cas de rhumatismes articulaires aigus (2), botulisme (1), tétanos (1), fièvre typhoïde (2) que nous relevons au hasard.

Au total, les 1.260 malades hospitalisés entre le 1er Mai 1965 et le 1er Mai 1966 dans le service de médecine générale de l'hôpital de Vaugirard, étudiés sous le seul angle de leur motif d'admission se distribuent ainsi :

- 134 cas médico-sociaux soit 10,6 pour 100
- dans le chapître des affections cardio-vasculaires on compte 184 malades, soit 14,6 pour 100,
- 145 sujets, soit 11,5 pour 100, présentaient des troubles en rapport avec une intoxication chronique,
- 138 patients présentaient une affection de l'arbre respiratoire, soit 10,9 pour cent,

	HOMMES	FEMMES
Pathologie de l'arbre urinaire (infection, lithiase)	11	9
Infections et toxi infections	20	21
Rhumatologie		
1/ algies osteo-articulaires	10	18
2/ sciatalgies	5	7
Maladies métaboliques et nutritionnelles		
1/ Diabète	4	18
2/ Divers (obésité, tétanie)	2	10
Endocrinologie (Addison, Basedow Myxoedème)	3	10
Divers, Intoxications accidentelles		
Traumatismes crâniens		
1 grossesse	10	13
1 fracture col du fémur		
Oedème de Quincke		
Dermatologie		

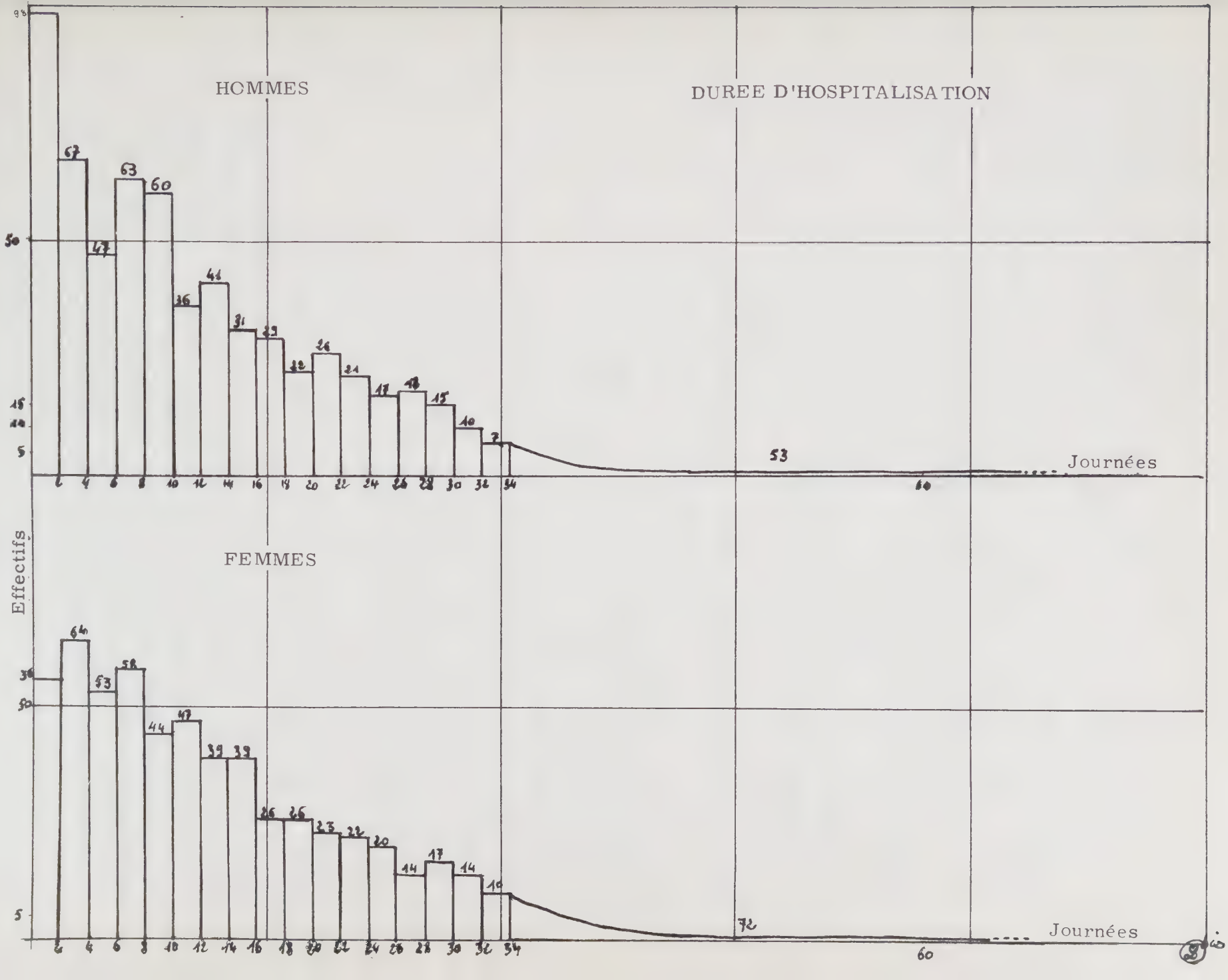
- 133 accidents vasculaires cérébraux, soit 10,6 pour 100,
- 137 malades relevaient de la neurologie ou de la psychiatrie, soit 10,9 pour 100?
- 86 sujets étaient porteurs de néo-formations malignes, soit 6,8 pour cent,
- 81 malades relevaient de la gastro-entérologie, soit 6,4 pour 100,
- 3 pour 100 des malades présentaient des troubles dont le diagnostic est resté imprécis ; l'origine psycho-somatique, parfois suspectée, n'a jamais pu être affirmée,
- enfin, 171 sujets, soit 13,5 pour 100 constituent une association de multiples pathologies. Sélection de faible effectif, mais où voisinent des spécialités variées : rhumatologie, nutrition, maladies infectieuses, etc ...

C - ETUDE DE LA DUREE D'HOSPITALISATION.

Le problème de la durée de séjour des malades est actuellement une des préoccupations principales du corps médical et de l'administration hospitalière.

Le médecin s'efforce d'obtenir une rotation rapide dans l'intérêt du malade, mais aussi au nom de la vocation de recherche et d'enseignement de la médecine hospitalière.

Toutefois, l'augmentation de la rotation ne peut que retentir sur le prix de la journée malheureusement considéré par les financiers comme témoin de la gestion de l'hôpital. En effet, si chaque malade bénéficie du même nombre d'actes médicaux et d'investigations complémentaires en 10 jours au lieu de 14 par exemple, il en résultera dans un premier temps un bilan financier déficitaire, imposant dans un second temps un réajustement du prix de journée. L'augmentation du nombre total des admissions que pourrait permettre une réduction de la durée de séjour ne suffirait pas à combler ce déficit.


HOMMES
DUREE D'HOSPITALISATION
Effectifs
67
63
60
47
41
36
31
29
22
26
24
18
18
15
10
7
53
Journées
64
58
53
47
44
39
39
26
26
23
22
20
14
17
14
10
72
Journées
60

Dans le service de médecine générale de l'hôpital de Vaugirard, la durée de séjour moyenne (obtenue en divisant le nombre total de journées d'hospitalisation par le nombre de malades admis) a été de 17 jours pour la période allant du 1er Mai 1965 au 1er Mai 1966. (16 jours pour les hommes, 18 jours pour les femmes). La proportion de malades dont le séjour hospitalier n'a pas dépassé 4 jours nous semble importante : elle atteint 22,6 pour 100 ; 154 sujets, soit 12,3 pour 100 ont quitté l'hôpital après un séjour de 48 heures à peine.

Parmi les 12,3 pour 100 de malades qui ont séjourné moins de 2 jours dans le service se trouvent :

- les malades décédés au bout de quelques heures,
- les malades dirigés vers un autre établissement hospitalier,
- les sujets ayant quitté l'hôpital selon leur voeu mais contre l'avis médical,
- les sujets admis en état d'ivresse,
- les malaises sur la voie publique et lieu de travail, sans perte de connaissance (le plus souvent en relation avec l'hypoglycémie, chaleur, émotion),
- les affections banales survenant chez des individus dont les conditions de vie sont particulières (vivant seuls ou au contraire en collectivité, travailleurs étrangers, etc ...). A ce sujet, le Professeur PEQUIGNOT définit à côté du seuil de morbidité un seuil social imposant l'hospitalisation.

Résoudre ce problème ne semble malheureusement pas chose simple. On peut admettre que dans la plupart des cas, l'hospitalisation ne se justifie pas. Mais le seul exemple du sujet admis en état d'ivresse qui présente le lendemain des signes neurologiques en rapport avec un traumatisme cranien insoupçonné, donne un sens à toutes lls autres admissions. Et si sur le plan financier on doit essayer de réduire le plus strictement possible le bilan systématique prescrit pour chaque ..

CAUSE DU DECES	HOMMES	FEMMES
Accident vasculaire cérébral	16	22
Défaillance cardiaque. Infarctus	15	11
Cirrhose éthylique	13	4
Néoformation maligne	14	8
Détresse cardio-respiratoire aiguë (EP, OAP, etc...)	5	6
Diagnostic imprécis (misère physiologique du vieillard)	7	12
autres causes	11	10

C H A P I T R E III

ASPECT ACTUEL ET AVENIR DES SERVICES DE MEDECINE GENERALE

A - ENQUETES RECENTES SUR LA CLIENTELE DES SERVICES DE MEDECINE INTERNE.

Après avoir examiné sous différentes incidences la clientèle du service de médecine générale de l'hôpital de Vaugirard, nous nous sommes inquiétés de savoir si nos résultats avaient une représentativité statistique quelconque ou si nous nous trouvions en présence d'un échantillon marginal.

La plupart de nos références ont été rassemblées à partir des ouvrages suivants :

- l'importance thèse du Docteur M. MAGDELAINE : "Recherches sur la clientèle hospitalière",
- la thèse du Docteur LOUBRIEU : "L'hospitalisation de la population de la Seine dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de 1911 à 1654",
- "l'étude sur les catégories de malades rescensés dans les établissements hospitaliers et les maisons de retraite le 20 Juin 1962 à Paris" effectuée par le Bureau d'Etude Administrative de l'Assistance Publique.

1 - Répartition des malades par âge et sexe :

L'enquête effectuée dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris le 20 Juin 1962 a donné les résultats suivants :

AGES	HOMMES	FEMMES
15 . 19 ans	5,33	4,65
20.29 ans	4,77	5,33
30.39 ans	5,98	4,98
40. 49 ans	6,08	3,88
50 . 59 ans	6,84	4,05
60.69 ans	8,37	4,89
>, 70 ans	26,45	15,18

Laubreu 1954

Eaux pour 100 malades (hommes et femmes reunis)

AGES	HOMMES	FEMMES
15 . 19 ans	2	2
20 29 ans	14,5	11
30 . 39 ans	14,5	10,5
40 . 49 ans	18	13,5
50 . 59 ans	22,5	19
60 . 69 ans	15,5	19
>, 70 ans	13	25

Magdelaine 1950.1954

AGES	HOMMES	FEMMES
15 . 19 ans	2.1	4,9
20 29 ans	11,7	7,4
30 . 39 ans	11,0	6,9
40. 49 ans	10,8	7,4
50. 59 ans	18,5	10,8
60. 69 ans	23,0	13,9
>, 70 ans	22,7	43,5

Pavillon M. Bruile 1965.1966

Eaux pour 100 malades de chaque sexe

En médecine pour un échantillon de 100 malades :
- 31,2 pour 100 sont des hommes de moins de 60 ans,
- 21,5 pour 100 sont des hommes de plus de 60 ans,
- 19,5 pour 100 sont des femmes de moins de 60 ans,
- 27,8 pour 100 sont des femmes de plus de 60 ans.

Soit au total : 52,7 pour 100 d'hommes et 47,3 pour 100 de femmes ; 49,3 pour 100 de sujets âgés de plus de 60 ans.

Le nombre des lits affectés aux hommes et aux femmes dans chaque service conditionne les admissions et risque d'avoir une incidence sur la répartition par sexe.

Les malades admis à l'hôpital de Vaugirard étaient sensiblement plus âgés puisque 56,5 pour 100 d'entre eux ont plus de 60 ans.

De même, nos résultats se différencient de ceux rapportés par le Docteur MAGDELAINE après l'enquête effectuée dans les services du Docteur BENARD à l'Hôtel Dieu et du Docteur JUSTIN-BESANÇON à l'hôpital Bichat et qui a concerné 4.000 malades.
- Il notait la surhospitalisation masculine entre 30 et 40 ans que nous avons retrouvée à Vaugirard,
- par contre, 36,3 pour 100 des malades seulement avaient plus de 60 ans.

Au total, on observe, semble-t-il, un vieillissement de la population hospitalière en médecine générale (puisque en 1954 36,3 pour 100 des malades ont plus de 60 ans, en 1962 49,3 pour 100, en 1966 à Vaugirard 56,5 pour 100), reflet de l'évolution démographique des dix dernières années.

2 - Enquête diagnostique :

Dans sa thèse, le Docteur MAGDELAINE accordait une très grande importance aux malades présentant des poly-diagnostics qui constituent 28 pour 100 de l'ensemble des dossiers examinés. Notre travail est fort incomplet sur ce point puisque nous n'avons tenu compte dans notre inventaire pathologique que des diagnostics auxquels ont été rattachés les troubles ayant motivé l'admission.

D'autre part, nous craignons de ne pas avoir été assez rigoureux dans la définition des diagnostics car le Docteur MAGDELAINE rapportait 20 pour 100 de diagnostics imprécis alors que nous n'en avons signalé que 3 pour 100. Peut-être pourrions-nous y ajouter un certain nombre de sujets que nous avons classés dans le chapître des cas médico-sociaux.

Par contre, l'importance de l'alcoolisme semble être la même dans les deux lots de malades : plus de 10 pour cent pour l'enquête de 1954, 11,5 pour 100 à l'hôpital de Vaugirard en 1966.

Malgré certaines différences dans le protocole de classement, nos résultats peuvent plus aisément être rapprochés des statistiques concernant les motifs d'admission des malades dans les services de médecine de l'Assistance Publique en 1965.

MOTIF D'ADMISSION	A.P. 1965	Vaugirard
Affections cardio-vasculaires	18,5 %	14,6 %
Accidents vasculaires cérébraux	12,4 %	10,6 %
Néoformations malignes	29,2 %	6,8 %
Pneumopathies. Insuffisance respiratoire?	7,3 % (sans tuberculose)	10,9 % (avec tuberculose)

Les chiffres les plus discordants concernant les sujets admis pour néoformations malignes, diagnostic que nous n'avions retrouvé que dans 6,8 pour 100 de nos dossiers. Ce résultat nous avait étonnés ; il est selon toute évidence aberrant, d'autant plus que notre échantillon semble être composé d'un plus grand nombre de sujets âgés que la population moyenne des services de médecine. Nous n'avons pu apporter aucune explication à ce phénomène.

3 - Durée de séjour :

L'étude du mouvement de la population dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris pour l'année 1965 permet de constater les durées moyennes d'hospitalisation suivantes :

- 22 jours en médecine,
- 14 jours en spécialités coûteuses.

Nous nous référons d'autre part à M. MAGDELAINE qui insistait particulièrement sur les facteurs extra-médicaux (socio-professionnels, administratifs, familiaux) qui influencent la durée du séjour hospitalier.

DUREE DE SEJOUR	1954	1966
Moins de 8 jours	30 %	35 %
de 1 à 2 semaines	18 %	26 %
de 2 à 3 semaines	13 %	12 %
de 3 semaines à 1 mois	11 %	12 %
plus de 1 mois	29 %	15 %

La durée du séjour hospitalier en médecine générale à l'hôpital de Vaugirard en 1966 a été en moyenne plus courte que celle constatée en 1954. 61 pour 100 des malades ont été hospitalisés moins de 2 semaines en 1966, au lieu de 48 pour 100 d'après l'enquête de 1954.

Dans le groupe de malades dont le séjour à l'hôpital n'a pas excédé 48 heures (12 pour 100) on trouve :

- les sujets immédiatement dirigés vers le service de chirurgie ou vers un autre établissement,
- les malades décédés au cours des premières heures d'hospitalisation,
- les malaises ou ivresses sur la voie publique.

C'est pour cette dernière catégorie de sujets surtout que nos pourcentages sont plus élevés que ceux observés

par M. MAGDELAINE en 1954. Peut-être est-il possible de voir une relation entre la fréquence de ce diagnostic et quelques traits particuliers du quartier Saint-Lambert : quartier commerçant, existence d'un assez grand nombre de petites fabriques et ateliers, proximité du parc des expositions de la Porte de Versailles.

Il est vraisemblable, d'autre part, que le délai d'exécution de certains examens complémentaires, en particulier radiologique, est plus bref dans le petit hôpital de Vaugirard malgré l'absence d'un laboratoire propre au service et la lenteur d'acheminement des prélèvements vers les laboratoires des hôpitaux spécialisés.

B - Les hôpitaux de l'Assistance Publique disposent actuellement dans l'agglomération parisienne de 22.736 lits (19.241 lits à Paris, 3.495 lits dans la Seine).

Les différents services de médecine générale en disposent de 6.511, soit 28,6 pour 100 :

- 4.904 lits à Paris,
- 1.607 lits dans la Seine.

En tenant compte du retard actuel, de l'évolution démographique à Paris, dans la Seine et la zone urbanisée de Seine-et-Oise, des pertues dues à la restauration des hôpitaux et à leur adaptation à la réforme, on estime que 15.000 lits supplémentaires devront être créés d'ici 1975.

Un projet de plan directeur général de l'Assistance Publique fixe déjà la répartition entre les divers services de plus de 7.000 de ces lits nouveaux. D'une part ce plan déplore la spécialisation complète de services de petits hôpitaux dont la vocation était d'être des hôpitaux de quartier, ouverts à tous. Il considère essentiel le maintien d'un équilibre entre services spécialisés et services non spécialisés pour ne pas entraver l'hospitalisation des malades de la circonscription. Mais d'autre part, il envisage la transformation

des hôpitaux en Instituts spécialisés où seraient groupés les services travaillant le plus souvent en coopération :

- cardiologie, pneumologie, chirurgie cardio-vasculaire,
- neurologie, neuro-chirurgie, etc ...

En 1959, MAGDELAINE écrivait : "... nos chiffres nous ont montré que la répartition des lits d'hôpital devait être révisée au profit de la médecine générale".

Aujourd'hui, on prévoit que la capacité des services de médecine générale va diminuer non seulement proportionnellement à l'augmentation globale dans les autres services (elle ne représentera plus que 19,4 pour 100 des lits) mais encore en valeur absolue, 5.826 lits au lieu de 6.511. Pour compenser cette perte, le projet envisage la création de plus de 1.000 lits dits de désencombrement.

Au même titre dans les services de pneumo-phtysiologie (- 437), de dermatologie (- 29) et de prématurés (- 49). La différence entre l'équipement futur et l'équipement actuel est négative.

L'existence de lits destinés aux malades chroniques devrait permettre une rotation plus rapide et à capacité égale, un plus grand nombre d'admissions dans les services de médecine générale. Mais il n'est pas certain que les services de désencombrement ne seront pas rapidement saturés. Si l'on admet que c'est dans un service de médecine générale, le plus souvent pourvu de collaborateurs de toutes spécialités, que trouve naturellement sa place tout malade présentant des associations morbides, on peut craindre dans l'avenir que l'insuffisance de l'équipement en lits transforme en privilège l'admission dans un service de médecine générale.

D I S C U S S I O N

a - L'image du service de médecine générale qu'évoque ces résultats nous semble être un témoin assez fidèle des données hospitalières actuelles : importante proportion de sujets âgés conditionnant la pathologie observée, mauvaise adaptation de l'organisation hospitalière à ce type de malades (insuffisance des possibilités de rééducation et de nursing). Mais nous avons pu observer aussi un large éventail d'affections où chaque médecin interniste, quel que soit le type de pathologie qui l'intéresse particulièrement, peut trouver nature à études.

Les progrès de l'hygiène et de la médecine préventive les thérapeutiques modernes rendant possibles un grand nombre de traitements à domicile, l'amélioration générale du niveau de vie, éloignent les adultes d'âge moyen de l'hôpital. Aïssi, près de 50 pour 100 de nos malades avaient plus de 65 ans.

Mais on doit parallèlement reconsidérer toutes les notions admises jusqu'à présent sur le vieillard. L'espérance de vie de nombreux sujets de plus de 70 ans, justifie toutes les tentatives de traitement visant à une guérison complète et non à un simple soulagement par des interventions palliatives ou des thérapeutiques symptomatiques. A côté des différences physiques et biologiques, on tend à opposer schématiquement deux types de vieillards dans une perspective psycho-somatique :

- le vieillard solitaire ou vivant en hospice qui entre à l'hôpital avec des signes pathologiques discrets et qui en quelques jours se laisse aller à accepter la mort,
- le "patriarche" entouré de la sollicitude des siens, les ressources de son organisme surprendront souvent le médecin.

La gériatrie perd son caractère désespéré et offre un vaste terrain d'étude à ceux qui voudront bien s'y intéresser.

b - De nombreux auteurs ont évoqué les différences existant, pour un même diagnostic, entre le malade hospitalisé en médecine générale et celui admis dans un service spécialisé ; différence d'âges en particulier. Le tableau clinique oppose aussi ces deux malades. La forme typique de telle affection, dont le diagnostic peut être affirmé d'emblée par le médecin traitant est adressée par ses soins dans le service spécialisé compétent. Par contre, si les signes cliniques sont discordants ou incomplets, si le diagnostic positif de la maladie est discutable, c'est dans un service de médecine générale que le médecin le plus souvent, dirigera son patient. C'est paradoxalement pour cette forme atypique que l'avis du médecin spécialiste et le concours des techniques d'investigation dont il dispose, sont le plus utiles.Nous avons évoqué cette contradictions devant plusieurs malades qui relevaient de pathologies variées.

c - Nous voudrions insister sur l'importance des services de médecine générale en tant que centres de dépistage ; le terme dépistage ayant ici une double polarité médicale et sociale. Nous ne nous étendrons pas sur le rôle d'un service de médecine générale dans le diagnostic et la surveillance par des consultations régulières des maladies chroniques. Nous pensons surtout à l'alcoolisme et aux maladies mentales mineures. Le médecin est sans illusion quant à la portée des quelques minutes d'entretien qu'il aura avec le malade pendant son séjour hospitalier, mais il aimerait le

diriger vers un centre d'hygiène mentale où médecins et assistantes sociales aideront le malade et en liaison avec sa famille tenteront une rééducation. Aux termes d'un article récent consacré à "l'étude systématique de la clientèle d'une consultation hospitalière "(Professeur H. PEQUIGNOT, Docteurs J. GUERRE, J.L. PORTOS, R. GIRARD), les auteurs concluent : "... qu'il y a peu de lieux plus faciles à transformer en dispensaires d'hygiène mentale efficaces qu'une concultation de porte strictement non spécialisée".

d - De nombreuses personnalités du corps médical hospitalier ont insisté sur l'urgence d'une révision de la répartition des lits en faveur de la médecine générale. Cette requête ne semble pas avoir été entendue puisque les projets actuels soustraient aux services de médecine générale plus de 10 pour 100 de leurs lits.

Cette tendance à une spécialisation de plus en plus stricte, non seulement à l'échelon des services, mais à celui plus vaste des hôpitaux-instituts, est très certainement propice aux progrès de la science médicale.

Mais il est indispensable, au moins, de développer ou de créer des services de désencombrement (1.648 lits prévus) et de nouveaux dispensaires d'hygiène mentale, de faciliter l'hospitalisation à domicile afin de permettre aux services de médecine générale de compenser l'insuffisance du nombre de lits par une rotation rapide.

Dans le cas contraire, on peut craindre un conflit entre les possibilités de la médecine de demain et les besoins de la population qu'elle est appelée à servir.

C O N C L U S I O N S

Nous avons d'abord présenté le dénombrement des 1.260 premiers malades admis dans un service de médecine générale nouvellement créé dans un hôpital parisien.

Nous avons étudié la composition démographique de cet échantillon et l'avons rapportée, d'une part à la population générale, d'autre part à la population du quartier.

Puis nous avons précisé la distribution de ces malades selon le diagnostic d'admission.

L'analyse des renseignements ainsi recueillis nous a amenés à nous intéresser à quelques aspects de l'organisation d'un service de médecine générale, en fonction des besoins de la clientèle hospitalière.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur Henri PEQUIGNOT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1 - M. MAGDELAINE : "Recherches sur la clientèle hospitalière". Thèse Paris 1958, N° 702.

2 - Docteur LOUBRIEU : "L'hospitalisation de la population de la Seine dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de 1911 à 1954" - Thèse Paris 1958, N° 700.

3 - H. PEQUIGNOT, J. GUERRE, R. GIRARD : "Etude systématique de la clientèle d'une consultation hospitalière "- Hôpital et Aide Social à Paris, N° 40, Juillet-Août 1966.

4 - P.N. BRUNETTI "GRENELLE : Un quartier de Paris convenant à des études sur la santé mentale des Parisiens". L'Hygiène mentale , N° 3, 1966.

5 - R. GIRARD : "Recherches sur le consultant hospitalier " - Thèse Paris 1965, n° 147.

6 - JODIN R. : "Médecine à domicile et expansion hospitalière". Concours Médical, 6 Février 1960, 82, N° 6.

7 - INSEE : "La situation démographique, économique et sociale dans la région parisienne en 1965."

8 - INSEE : "Rescensement de 1962 à Paris et dans la Seine".

9 - INSEE : "Le quartier Saint-Lambert, rescensement 1962."

10 - Rapport au Conseil d'Administration sur l'activité des services de l'Assistance Publique à Paris pour l'année 1965.

11 - Projet de plan directeur général de l'Assistance Publique 1963-1975.

12 - Bureau d'Etudes Administratives de l'Assistance Publique à Paris : "Etude sur les catégories de malades rescensés dans les établissements hospitaliers et les maisons de retraite le 20 Juin 1962".

13 - FELDSTEEN : "Effects of differences in Hospital bed scarcity on type of use" - British medical journal - 29 août 1964.

14 - Y. GRANGE : "Un service parisien de médecine générale en 1836" - Contribution à l'étude de la fonction hospitalière - Thèse Paris 1965, N° 204.

15 - C. MAGDELAINE : "Enquête longitudinale sur le devenir des malades hospitalisés dans un service de médecine générale parisien". Thèse Paris 1961, N° 415.

16 - Professeur H. PEQUIGNOT, J. P. ETIENNE : "L'hôpital" - Promotions N° 38, 3ème trimestre 1956.

17 - H. PEQUIGNOT, G. BOSCH, M. MAGDELAINE, I.M. REMPP : La consommation médicale des Français - Rev. Hyg. et Méd. Soc. L962, 10, 451. Sem. Hôp. Paris. Informations 26 Mai 1962, 38, 3.

18 - H. PEQUIGNOT, L. JUSTIN-BESANCON, L. LEGER, M. MAGDELAINE, Melle M.L. DENIS : Contribution à l'étude des besoins techniques des hospitalisés - Techniques hospitalières, Octobre 1962, p. 43.

19 - H. PEQUIGNOT, M.C. LEHARLE : "Introduction médicale au problème des chroniques". Psychosomatique et chronicité p. 11-25 - Maloine Ed. Paris 1964 (5-8 Juillet 1963).

20 - H. PEQUIGNOT, G. BOSCH, M. MAGDELAINE, J. ROSS : "La morbidité étudiée dans une enquête sur la consommation médicale" - Rev. Hyg. et Méd. Soc. 1963, 11-709. Thèse Méd. J. ROSS, Paris 1963.

21 - H. PEQUIGNOT : "La pathologie du vieillard". Concours Médical 1963, 85, 6360.

22 - H. PEQUIGNOT : "Le problème des chroniques". Bull. Acad. Nat. de Médecine 1964, 148, 733. Sem. Hôp. de Paris, Informations, 14 Janvier 1965, 41. 13.

23 - H. PEQUIGNOT : "Les malades chroniques et l'organisation des soins médicaux". - Bull. Acad. Méd. Paris 1965, 149, 190. Sem. Hôp. de Paris. Informations 2 Avril 1965, 41. 2.

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18—93
535 : 18—62